

Национальный вестник медицинских ассоциаций. 2025. Т. 2, № 4. С. 53-55

National Bulletin of Medical Associations. 2025. Vol. 2, no. 4. P. 53-55

Научная статья / Original article

УДК 616.711-002-073:616-071

Кравцова Кристина Андреевна^{1,2✉}, Неверова Елена Николаевна², Низымаев Сергей Андреевич^{1,2}, Агафонова Марина Андреевна^{1,3}, Пастернак Анна Васильевна^{1,4}

¹ Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия

² Городская поликлиника № 17, Тюмень, Россия

³ Нейро-Практика, Тюмень, Россия

⁴ Клинический госпиталь «Мать и Дитя», Тюмень, Россия

✉ kravtsova.md725@gmail.com

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СЕПТИЧЕСКИЙ СПОНДИЛИТ ПОД МАСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ

Аннотация. Представлен клинический случай пациентки 55 лет с септическим спондилитом поясничного отдела позвоночника, который изначально трактовался как неспецифическая боль в спине, что привело к значительной отсрочке постановки правильного диагноза. Данный случай демонстрирует важность онкологической и, в особенности, инфекционной настороженности при ведении пациентов с болевым синдромом в спине. Первичные жалобы включали остро возникшую боль в поясничной области и субфебрильную лихорадку в вечернее время, что являлось ключевыми «красными флагами». При осмотре выявлена локальная болезненность по остистым отросткам и положительный симптом поколачивания. На начальном этапе патология почек была исключена урологом, а неврологический дефицит – неврологом. Назначенная эмпирическая терапия, включавшая инъекционный дексаметазон, целекоксиб и толперизон, привела к кратковременному улучшению, что создало ложное впечатление о доброкачественном характере процесса. Однако после отмены глюкокортикоидов болевой синдром рецидивировал. Ключевым диагностическим этапом явилось лабораторное обследование, выявившее резкое повышение маркеров воспаления: С-реактивный белок до 48 мг/л и скорость оседания эритроцитов – 32 мм/ч. Данные изменения, наряду с анамнезом лихорадки, послужили основанием для проведения магнитно-резонансной томографии, которая и верифицировала диагноз «септический спондилит». Публикация данного случая необходима для акцента на типичных диагностических ошибках: игнорировании «красных флагов», опасности назначения глюкокортикоидов без установленной причины боли и первостепенной роли маркеров воспаления (СРБ, СОЭ) в скрининге серьёзной патологии. Своевременное выполнение МРТ позвоночника при наличии стойкого болевого синдрома и повышенных показателей воспаления является обязательным для исключения жизнеугрожающих состояний.

Ключевые слова: септический спондилит, боль в нижней части спины, диагностическая ошибка, красные флаги, глюкокортикоиды, магнитно-резонансная томография (МРТ), воспалительные маркеры, средний возраст, женский пол

Для цитирования: Клинический случай: септический спондилит под маской неспецифической боли в спине / К. А. Кравцова, Е. Н. Неверова, С. А. Низымаев, М. А. Агафонова, А. В. Пастернак // Национальный вестник медицинских ассоциаций. 2025. Т. 2, № 4. С. 53-55

ВВЕДЕНИЕ

Боль в спине является одной из наиболее частых причин обращения пациентов за медицинской помощью, и в подавляющем большинстве случаев она обусловлена доброкачественными мышечно-скелетными причинами. Однако именно в этой рутинной ситуации кроется риск пропуска серьёзной, потенциально инвалидизирующей патологии. Септический спондилит относится к числу таких заболеваний, чья начальная клиническая картина часто маскируется под банальную дорсопатию.

Уникальность представленного клинического случая заключается в демонстрации классической диагностической ловушки, приведшей к отсрочке верификации диагноза. Ключевыми особенностями явились выраженный, но кратковременный анальгетический эффект

от системных глюкокортикоидов, который создал иллюзию правильности диагностической и лечебной тактики, и изначальное игнорирование сочетания таких «красных флагов», как лихорадка и пожилой возраст пациентки. Данное наблюдение наглядно иллюстрирует, как рутинный алгоритм «боль в спине → миорелаксанты/НПВП» при наличии тревожных симптомов может быть не только неэффективным, но и потенциально вредным, откладывая проведение целенаправленного обследования. Ценность случая – в его поучительности для врачей первичного звена, терапевтов и неврологов, первыми сталкивающихся с подобными пациентами.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Информация о пациенте. Пациентка, 55 лет, поступила в приёмное отделение ГБУЗ ТО «ОКБ № 2» 02.09.2025 с жало-

Kravtsova Kristina A.^{1,2✉}, Neverova Elena N.², Nizymaev Sergey A.^{1,2}, Agafonova Marina A.^{1,3}, Pasternak Anna V.^{1,4}

¹ Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

² City Polyclinic No. 17, Tyumen, Russia

³ Neuro-Practice, Tyumen, Russia

⁴ Mother and Child Clinical Hospital, Tyumen, Russia

✉ kravtsova.md725@gmail.com

CLINICAL CASE: SEPTIC SPONDYLITIS MASQUERADE AS NON-SPECIFIC LOW BACK PAIN

Abstract. We present a clinical case of a 55-year-old female patient with septic spondylitis of the lumbar spine, which was initially interpreted as non-specific low back pain, leading to a significant delay in establishing the correct diagnosis. This case highlights the importance of maintaining a high index of suspicion for malignancy and, particularly, for infectious etiologies when managing patients with back pain. The initial complaints included acute-onset low back pain and evening subfebrile fever, which were key "red flags." Physical examination revealed localized tenderness over the spinous processes and a positive percussion sign. At the initial stage, renal pathology was ruled out by a urologist, and neurological deficit was excluded by a neurologist. The prescribed empirical therapy, including injectable dexamethasone, celecoxib, and tolperisone, provided short-term improvement, creating a false impression of a benign process. However, the pain syndrome recurred after the glucocorticoids were discontinued. The key diagnostic step was laboratory investigation, which revealed a sharp increase in inflammatory markers: C-reactive protein (CRP) up to 48 mg/L and an erythrocyte sedimentation rate (ESR) of 32 mm/h. These findings, along with the history of fever, warranted magnetic resonance imaging (MRI), which verified the diagnosis of septic spondylitis. This publication aims to emphasize typical diagnostic pitfalls: ignoring "red flags," the dangers of prescribing glucocorticosteroids without an established cause of pain, and the paramount role of inflammatory markers (CRP, ESR) in screening for serious pathology. Timely performance of spinal MRI in the presence of persistent pain syndrome and elevated inflammatory markers is mandatory to rule out life-threatening conditions.

Keywords: septic spondylitis, low back pain, diagnostic error, red flags, glucocorticoids, magnetic resonance imaging (MRI), inflammatory markers, middle age, female

临床病例：非特异性背痛掩盖的脓毒性脊椎炎

注释。我们提出了一个55岁女性患者腰椎脓毒性脊椎炎的临床病例，最初被解释为非特异性腰痛，导致建立正确诊断的显着延迟。这个案例强调了在治疗背痛患者时保持高怀疑恶性指数的重要性，特别是对于传染性病因。最初的投诉包括急性发作的腰痛和夜间亚热病，这是关键的“红旗”。体检显示局部压痛棘突和积极的敲击迹象。在初始阶段，肾脏病理被泌尿科医生排除，神经功能缺陷被神经科医生排除。规定的经验疗法，包括注射地塞米松、塞来昔布和托哌松，提供了短期的改善，创造了良性过程的错误印象。然而，疼痛综合征复发后糖皮质激素停止。关键的诊断步骤是实验室调查，发现炎症标志物急剧增加：C反应蛋白（CRP）高达48毫克/升，红细胞沉降率（ESR）为32毫米/小时。这些发现，连同发烧史，有必要进行磁共振成像（MRI），验证了脓毒性脊椎炎的诊断。本出版物旨在强调典型的诊断陷阱：忽略“红旗”，在没有确定疼痛原因的情况下开具糖皮质激素的危险，以及炎症标志物（CRP·ESR）在筛查严重病理中的首要作用。在持续性疼痛综合征和炎症标志物升高的情况下及时进行脊柱MRI是排除危及生命的条件的必要条件。

关键词：脓毒性脊椎炎，腰痛，诊断错误，红旗，糖皮质激素，磁共振成像（MRI），炎症标志物，中年，女性。

бами на остро возникшие интенсивные боли в поясничной области, усиливающиеся при движении, и субфебрильную температуру в вечернее время. Заболевание связывала с эпизодом подъёма ребёнка массой 11 кг. В течение недели до обращения лечение не проводила. Коморбидный фон: гиперхолестеринемия (E78.0), признаки железодефицита (R63.5). Аллергологический анамнез не отягощён. Получено информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и публикацию случая.

Хронология медицинских вмешательств:

- 02.09.2025 – Консультация уролога: данных за почечную патологию не выявлено. Рекомендовано наблюдение терапевта и невролога.
- 16.09.2025 – Осмотр терапевтом: назначена терапия дексаметазоном 8 мг/сут внутримышечно 3 дня, целеоксибом 200 мг/сут, толперизоном 150 мг/сут курсом 10 дней.

- После отмены дексаметазона – рецидив болевого синдрома.
- Консультация невролога: очаговой неврологической симптоматики не выявлено.
- Консультация ревматолога: рекомендовано дообследование.
- 03.10.2025 – По данным МРТ верифицирован септический спондилит L3-L4.
- Направлена на консультацию к травматологу-ортопеду. Результаты физикального, лабораторного и инструментального исследования
 - Физикальный осмотр:
 - Положительный симптом поколачивания в поясничной области справа.
 - Локальная болезненность при пальпации остистых отростков L3-L5.
 - Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

- Сухожильные рефлексы живые, симметричные. Лабораторные исследования (в хронологическом порядке):
 - 02.09.2025:
 - ОАК: лейкоциты $9,46 \times 10^9/\text{л}$ (норма $4,0-9,0 \times 10^9/\text{л}$), нейтрофилы 75% (норма 47-72%), гемоглобин 111 г/л (норма 120-160 г/л).
 - ОАМ: лейкоциты 25 в поле зрения (норма 0-5), рН 7,0 (норма 5,0-6,0).
- 16.09.2025:
- ОАК: лейкоциты $11,79 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы $9,73 \times 10^9/\text{л}$ (82,6%), тромбоциты $495 \times 10^9/\text{л}$ (норма $150-400 \times 10^9/\text{л}$).
- СОЭ: 31 мм/ч (норма 2-15 мм/ч).
- СРБ: 48,37 мг/л (норма 0-5 мг/л).
- Биохимия: щелочная фосфатаза 123,14 Ед/л (норма 30-120 Ед/л).
- 24.09.2025:
- Иммуноглобулины: IgA 5,1 г/л (норма 0,70-4,00 г/л).
- Белковые фракции: снижение альбуминов 48,4% (норма 52,0-65,0%), повышение α_1 -глобулинов 6,3% (норма 2,5-5,0%).
- Инструментальные исследования:
 - УЗИ почек (02.09.2025): патологии не выявлено.
 - МСКТ ПОП (15.09.2025): дегенеративно-дистрофические изменения.
 - МРТ ПОП (03.10.2025): признаки спондилоартрита L3-L4 справа воспалительного генеза с диффузным отёком костного мозга, выпотом в просвете сустава и формированием осумкованной жидкости.

Дифференциальный диагноз.

На различных этапах диагностики рассматривались:

1. Острый пиелонефрит – исключён на основании данных УЗИ и отсутствия прогрессирования мочевого синдрома.
2. Мочекаменная болезнь – исключена при отсутствии конкрементов по УЗИ и эритроцитурии.
3. Дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника – не объясняло наличие системного воспаления.
4. Аутоиммунный спондилит – менее вероятен при отсутствии изменений на МСКТ и локальном характере поражения.
5. Септический спондилит – подтверждён данными МРТ и лабораторными показателями.

Лечение:

- Дексаметазон 8 мг/сут внутримышечно 3 дня.
- Целекоксиб 200 мг/сут per os 10 дней.
- Толперизон 150 мг/сут per os 10 дней.

После верификации диагноза пациентка экстренно госпитализирована травматологом-ортопедом для решения вопроса о целевой антибактериальной терапии и возможном хирургическом вмешательстве.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Представленный клинический случай демонстрирует типичные диагностические трудности при верификации септического спондилита на ранних этапах заболевания.
2. Ключевыми диагностическими ошибками явились недооценка «красных флагов» (лихорадка, возраст старше 50 лет) и назначение глюкокортикоидов без установленной причины болевого синдрома.
3. Временный положительный эффект от дексаметазона создал иллюзию доброкачественности процесса и отсрочил проведение углублённого обследования.
4. Лабораторные маркеры воспаления (СРБ 48,37 мг/л, СОЭ 31 мм/ч, лейкоцитоз с нейтрофилезом) стали объективным критерием, определившим необходимость расширения диагностического поиска.
5. МРТ позвоночника оказалась ключевым методом верификации диагноза, позволившим выявить характерные признаки септического спондилита на уровне L3-L4.
6. Случай подчёркивает важность междисциплинарного подхода и необходимость включения септического спондилита в дифференциально-диагностический поиск при сочетании боли в спине с системными признаками воспаления.
7. Своевременная диагностика и направление к профильному специалисту являются определяющими факторами в предотвращении развития осложнений спондилита.

Сведения об авторах и дополнительная информация

Кравцова Кристина Андреевна – ассистент кафедры теории и практики сестринского дела ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, заведующий отделением, врач-терапевт ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 17», Тюмень, e-mail: kravtsova.md725@gmail.com. Неверова Елена Николаевна – главный врач ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 17», Тюмень.

Низымаев Сергей Андреевич – ассистент кафедры теории и практики сестринского дела ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, врач-терапевт ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 17», Тюмень.

Агафонова Марина Андреевна – старший преподаватель кафедры профилактической медицины и реабилитации ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России; врач-невролог ООО «Нейро-Практика», Тюмень.

Пастернак Анна Васильевна – ассистент кафедры гистологии с курсом эмбриологии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, врач-кардиолог Клинический госпиталь «Мать и дитя», Тюмень. Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.

Сведения о соблюдении этических требований и отсутствии использования ИИ при написании статьи. Авторы заявляют, что этические требования соблюдены, текст не генерирован нейросетью.